

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ *Chlamydophila pneumoniae* ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Антонова Н. В., Дмитраченко Т.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Острые респираторные инфекции являются одной из основных причин обращения за медицинской помощью и обуславливают наибольший процент потребления антибактериальных препаратов.

В современной этиологической структуре данной патологии все большее значение приобретает *Chlamydomphila pneumoniae*, на долю которой приходится от 1 до 35% всех случаев респираторных заболеваний как верхних, так и нижних дыхательных путей. В различных странах мира данный возбудитель вызывает от 5 до 35% случаев внегоспитальных пневмоний, 5-10% случаев острых и хронических бронхитов, 1-2% случаев фарингитов [1].

Респираторные инфекции, обусловленные *Chlamydomphila pneumoniae*, чаще регистрируются среди лиц молодого и среднего возраста, у которых протекают, как правило, нетяжело, но с выраженной тенденцией к затяжному течению и рецидивированию. Острая инфекция также может привести к развитию хронического астматического процесса вследствие продуцирования в легких хламидийных компонентов, обладающих аллергенным действием. Так, риск развития астмы после перенесенной инфекции возрастает в 7 раз [2].

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой степени серопозитивности среди взрослого населения (60-90%), что указывает на всеобщее и глобальное распространение инфекции [3]. В странах Европы и США данная инфекция обычно не встречается у детей до 5 лет, тогда как, в менее развитых странах Азии и Африки широко распространена и в этой возрастной группе [4]. Первичное инфицирование *Chlamydomphila pneumoniae* обычно происходит в первые две декады жизни, характеризуясь высокой частотой роста серопозитивности в этот период с сохранением ее на стабильно высоком уровне в старших возрастных группах. Антитела после первичного инфицирования сохраняются в течение 3-5 лет, следовательно, их высокий уровень в старшем возрасте обусловлен реинфицированием. А также свидетельствует о том, что восприимчивость к этому организму и (или) его хроническая персистенция остаются стабильными на протяжении всей жизни.

Несмотря на относительно недолгую историю изучения респираторного хламидиоза, патогенез его в настоящее время достаточно хорошо изучен. *Chlamydomphila pneumoniae* обладает тропизмом к клеткам столбчатого цилиндрического эпителия слизистых оболочек человека, в частности к эпителию бронхов, бронхиол, альвеолярным макрофагам, моноцитам, эндотелиальным клеткам сосудов.

Кроме того, этот патоген вызывает цилиостаз реснитчатых эпителиальных клеток бронхов, полностью блокируя мукоцилиарный транспорт. Это ослабляет нормальные механизмы клиренса в дыхательном тракте, и, таким образом повышает восприимчивость к другим респираторным ко-патогенам и на фоне микроаспирации колони-

зирующей носо- и ротоглотку микрофлоры вызывает развитие суперинфекции. По литературным данным, частота микст-инфекции составляет от 25 до 60%. Наиболее частым ко-патогеном, по данным многих исследователей, является *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *H. influenzae*, а также *L. pneumophila*. Важная роль принадлежит также RS-вирусу, вирусу гриппа А, аденовирусу, вирусу парагриппа [1,5].

Диагноз респираторной инфекции обусловленной *Chlamydomphila pneumoniae* нередко вызывает затруднения и у 30-40% пациентов устанавливается лишь в конце первой недели. Сложности диагностики как острой, так и хронической (персистирующей) инфекции связаны с микробиологическими характеристиками, особенностями клинического течения, низкой концентрацией возбудителя в месте инфекции, наличием перекрестных серологических реакций.

Несмотря на наличие эффективных антибиотиков для лечения данной инфекции, трудности адекватной этиотропной терапии респираторного хламидиоза на сегодняшний день очевидны.

Особенности жизненного цикла *Chlamydomphila pneumoniae* требует для их элиминации использования антибактериальных препаратов действующих как на внеклеточную, так и внутриклеточную форму. В противном случае создаются условия для персистенции возбудителя, диссеминации его в организме, хронизации процесса. Применение антимикробных средств без иммунокорректирующей терапии приводит к временному подавлению возбудителей. Все это требует комплексного подхода к терапии пневмохламидиоза.

До настоящего времени, как показал анализ, эпидемиологические исследования, касающиеся выяснения уровня инфицированности *Chlamydomphila pneumoniae* в Республике Беларусь, не проводились. Остается также не установленной этиологическая роль *Chlamydomphila pneumoniae* в инфекционных заболеваниях различных отделов дыхательных путей. Не определены также факторы макроорганизма, способствующие развитию микст - инфекции и определяющие клинические формы заболевания. Отсутствие необходимой информации не позволяет разработать адекватные схемы лечения больных инфекционными заболеваниями дыхательных путей.

Помимо этого до настоящего времени не разработаны критерии необходимости назначения и схемы комплексной эмпирической антибактериальной и иммунокорректирующей терапии больных острыми респираторными инфекциями с учетом вероятной или установленной хламидийной инфекции.

Литература:

1. Ewig S., Torres A. Is *Chlamydia pneumoniae* an important pathogen in patients with CAP? - *Eur Respir J.* – 2003. – 21: 741-742.
2. Hahn D. L., McDonald R. Can acute *Chlamydia pneumoniae* respiratory tract infection initiate chronic asthma? – *Ann Allergy Asthma Immunol.* – 1998 – 81(4). – 339-44
3. Woon Puay Koh, Mark B. Taylor, Kenneth Hughes, S. K. Chew et al. Sero-prevalence of IgG antibodies against *Chlamydia pneumoniae* in Chinese, Malays and Asian Indians in Singapore - *International Journal of Epidemiology.* – 2002. – 31: 1001-1007.
4. Piyada Wangroongsrab, Kanonkorn Geenkajorn, Wimol Pectchanapong et al. *Chlamydia pneumoniae* Infection among Young Children with Respiratory Diseases in Thailand. - *Jpn J Infect.* – 2003 – 56: 146-150
5. T. J. Marrie, R.W. Peeling, T. Reid, E. De Carolis *Chlamydia* species as a cause of community-acquired pneumonia in Canada - *Eur Respir J.* – 2003. – 21: 779-784